



ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, M.P.S.
PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE

BOLETÍN DE : - SOLICITUD DE ADHESIÓN

- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

En caso de solicitud de nueva alta o solicitud de modificación por mayor capital asegurado, cumplimentar todos los datos.

En otros casos cumplimentar únicamente los datos modificados.

(1) Rellenar este impreso no supone el alta automática ni la entrada en vigor de la cobertura de la póliza, dado que se realiza un proceso de admisión que debe ser superado.

1 ^{er} Apellido:		2 ^o Apellido:		Nombre:	
F. Nacimiento:		Sexo: (M/F)	N.I.F.:	Profesión:	
Domicilio:					
Localidad:			C. Postal:	Provincia:	
Teléfono fijo:		Teléfono Móvil:		E_mail:	
Colegiado nº _____ del Colegio Oficial de Ingenieros Industriales del Pdo. de Asturias					

SOLICITA

La incorporación a la Póliza Colectiva en la modalidad siguiente:

(Consultar con el personal del Colegio las opciones de módulos de cuota trimestral a contratar.)

_____ Euros / trimestre

Si no se realiza designación expresa de beneficiarios, los mismos serán los herederos legales (Ver artículo 18 de las Condiciones Generales). En el caso de designación expresa con mas de un beneficiario, indicar si el importe debe ser repartido entre todos los beneficiarios y de que forma, o según el orden señalado y excluyente.

El Asegurado puede modificar la designación cuando lo estime oportuno, mediante notificación por escrito al Asegurador.

Designación Expresa de Beneficiarios. (No es necesario rellenar, leer punto anterior)		
	Apellidos y Nombre	N.I.F :
1		
2		
3		
4		

Indicaciones sobre la designación de beneficiarios _____

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE

**CUESTIONARIO RESERVADO
(DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE)**

1er Apellido:	2º Apellido:	Nombre:
¿Tiene Vd. ya un seguro de vida? En caso afirmativo, ¿en qué Compañía? ¿Cuál es el capital asegurado?		
¿Ha presentado Vd. a Compañías de Seguros sobre la Vida, solicitudes que hayan sido aplazadas, rechazadas o aceptadas en condiciones especiales?		
¿Ha sufrido Vd. enfermedades graves? En caso afirmativo: ¿Cuáles? Indicar para cada una de ellas, la época y la duración. ¿Consecuencias actuales?		
¿Ha sufrido Vd. operaciones quirúrgicas? En caso afirmativo: ¿Cuáles? ¿En qué fecha? ¿Cuáles fueron sus secuelas?		
¿Ha consultado Vd. con un médico durante los cinco últimos años? En caso afirmativo: ¿con motivo de qué enfermedades?		
¿Ha sufrido Vd. un examen médico para su admisión en la Empresa a que Vd. pertenece? ¿Cuándo?		
¿Ha fallecido su padre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?		
¿Ha fallecido su madre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?		
¿Ha fallecido algún hijo suyo? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?		
¿Cuál es su peso?		
¿Cuál es su altura?		
¿Se encuentra Vd. en estado de invalidez total o parcial? En caso afirmativo, sírvase indicar la clase de invalidez.		

El abajo firmante declara que son exactas y sinceras las respuestas anteriores. Cualquier información sobre declaración de salud puede ser completada mediante un escrito adjunto firmado por el solicitante. La omisión o inexactitud de lo declarado puede afectar a la validez del Seguro.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE

